



תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג ליולדת נכה

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר מבת זוגך לטפל בילד בשל נכותה.
- ↪ אם חלו שינויים בשכרך ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – יש לצרף אישור מתאים.
- ↪ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או בעל מניות בחברה, יש למלא את ההצהרה בסעיף 7.

לידיעתך

- ↪ תביעה זו מיועדת לבן זוג של יולדת נכה, שנקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.
- ↪ קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר פרטים אלו לפני היציאה לחופשה.
- ↪ **לידיעתך - על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון - לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- ↪ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג ליולדת נכה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות / דרכון

0	1	סוג המסמך	דפים		
---	---	-----------	------	--	--

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה

2 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון
	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ x חתימת מקבל התשלום _____ x חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

3 פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שעבד ברציפות בשנה האחרונה)

עובדתי עד ליום _____ (כולל יום זה)	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוק/תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק/ המפעל	האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיק/האם אתה בעל שליטה בחברה	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____ (יש למלא סעיף 7 בטופס)	
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים ואם יש קרבה משפחתית בינכם		
שם המעסיק	קרבה משפחתית:	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	
שם המעסיק	קרבה משפחתית:	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	

4

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שלא עבד ברציפות בשנה האחרונה)

שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____
שם מעסיק קודם	עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____

5

פטור ממס ונקודת זיכוי

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה

6

הצהרת התובע

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובע _____

7

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד). חובה לצרף 12 תלושי שכר אחרונים

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך חופשת הלידה: שם _____ ת.ז. _____
הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

אני מאשר כי :

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> מושב שיתופי
הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____		הסיבה להפסקת העבודה _____ (חובה למלא)	

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו * _____ חתימה וחותמת הקיבוץ/מושב שיתופי * _____

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

פרטי המעסיק

I

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
טלפון פקס			

אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:

שם משפחה	שם פרטי	תקופת העסקה	מספר זהות
		מ _____ עד _____	ס"ב

עיסוק/תפקיד

הסיבה להפסקת העבודה

(חובה למלא)

שכרו שולם

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?

בבנק בהמחאה במזומן אחר _____
 לא כן, סוג הקרבה _____

פרוט שכר העובד (בש"ח) ב - 10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתו (אף אם אינם רצופים),

יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד פעמי וכד')

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר: חודשי, יומי, שכר לשעה	המשרה	מס' עבודה בשכר	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר	מס' ימים	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____
 בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____
 בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____
 סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

הצהרת המעסיק

II

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל _____ ✕